



ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ И ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА ПРИ ВНУТРИБРЫЖЕЕЧНОЙ МЕЗОГАСТРАЛЬНОЙ (МЕЗОЦЕЛИАКАЛЬНОЙ) ЛОКАЛИЗАЦИИ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА

ГБОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет» ¹,

ФГБНУ «Иркутский научный центр хирургии и травматологии» ²,

ГБУЗ «Иркутская областная клиническая больница» ³, г. Иркутск,

Российская Федерация

Нетипичные варианты течения острого аппендицита встречаются у 20-30% пациентов. Нехарактерную клиническую картину объясняют многообразием вариантов расположения червеобразного отростка в животе.

В статье приводятся особенности клинических проявлений острого аппендицита. Особое внимание уделяется нехарактерным клиническим проявлениям в зависимости от локализации червеобразного отростка в брюшной полости. Обсуждаются возможности методов диагностического изображения (ультразвукового исследования, мультиспиральной компьютерной томографии) в дифференциальной диагностике синдрома «острый живот» и причины возможных ошибок.

Приведенное наблюдение демонстрирует одну из многообразных «масок» острого аппендицита — «хамелеона брюшной полости» — и трудности клинической диагностики заболевания при мезоцелиакальной локализации червеобразного отростка. Нетипичное начало болезни, которую пациент связывал с обильным приемом пищи, нетерпимые схваткообразные боли, многократная рвота, нехарактерное для острого аппендицита вынужденное положение, физикальные данные стали основанием для предварительного диагноза — острая кишечная непроходимость. Эта версия — тонкокишечная инвагинация — была подтверждена методами диагностического изображения. Ошибочное заключение очевидно связано с локализацией червеобразного отростка, его размерами (1,2 см в диаметре) и выраженными воспалительными изменениями. Исчерпывающим методом диагностики и лечения оказалась видеолaparоскопия.

Ключевые слова: острый аппендицит, локализация червеобразного отростка, дифференциальная диагностика, видеолaparоскопическая аппендэктомия

Atypical variants of the acute appendicitis course occur in 20-30% of patients. Indistinctive clinical picture is explained by the location variety of the vermiform appendix in the abdomen.

The paper presents the peculiarities of clinical manifestations of acute appendicitis. Particular attention is given to the atypical clinical signs depending on the localization of the vermiform appendix in the abdominal cavity. Possibilities of diagnostic visualization methods (ultrasound, multislice computed tomography) for the differential diagnosis of the “acute abdomen” syndrome are under discussion, as well as the reasons of possible misdiagnosis.

This case report demonstrates one of the multiple “masks” of acute appendicitis — the “chameleon of the abdominal cavity” and the difficulties of clinical diagnosis in case of mesoceciac appendix. Atypical onset of the disease, which the patient associated with a large meal, intolerable pains, frequent vomiting, not typical for acute appendicitis forced position, physical findings served as a basis for working diagnosis — acute intestinal obstruction. This version of small bowel invagination was supported by means of diagnostic visualization. The erroneous conclusion was obviously associated with the location of the vermiform appendix, its size (D=1,2 cm) and severe inflammatory changes. Videolaparoscopy turned out to be a comprehensive method of diagnosis and treatment.

Keywords: acute appendicitis, atypical onset, vermiform appendix location, acute intestinal obstruction, “chameleon of the abdominal cavity”, differential diagnosis, videolaparoscopic appendectomy

Novosti Khirurgii. 2017 Mar-Apr; Vol 25 (2): 202-205

**Peculiarities of Clinical Signs and Diagnostic Difficulties of Acute Appendicitis
in Intramesenteric Mesogastral (Mesoceciac) Location of the Vermiform Appendix
A.I. Panasyuk, E.G. Grigoryev**

«Аппендикс обычно прикреплен к слепой кишке».
(Марк М. Равич, 1910-1989) [1]

Введение

Нетипичные варианты течения острого

аппендицита встречаются у 20-30% пациентов.
«Этот рудиментарный орган имеет разнообразную длину и положение, что усложняет дело»

(M. Schein et al. [1]). Атипизм клинической картины объясняют многообразием вариантов расположения червеобразного отростка в животе [2]. Еще в 1919 г. Karel Wegner писал, что «практически нет такого места в брюшной полости, где бы червеобразный отросток не мог быть обнаружен» [цит. по 3]. Положение его зависит прежде всего от расположения слепой кишки [4].

Positio subcaecalis — нисходящее, каудальное положение (приблизительно 40% случаев). Ось отростка направлена книзу. Он может достигать малого таза (*position pelvina*), где соприкасается с мочевым пузырем, прямой кишкой, яичником, маточной трубой.

Positio medicaecalis — илеоцекальное, медиальное, мезоцелиакальное положение (приблизительно 15% случаев). Отросток располагается вдоль терминального отдела подвздошной кишки, в ее брыжейке, спереди или позади подвздошной кишки, которую он пересекает напрямик или плавно огибает. Поэтому воспаление отростка с подобной локализацией может протекать напоминая внешне клиническую картину кишечной непроходимости и нередко быть причиной распространенного перитонита и кишечных свищей [5, 6, 7].

Positio laterocaecalis — латеральное положение, при котором отросток располагается между латеральной стенкой слепой кишки и париетальной брюшиной. Такая локализация отростка встречается в 2-16% случаев [3].

Positio retrocaecalis (15-33% наблюдений) — червеобразный отросток локализуется позади слепой кишки и при воспалении может вызывать явления пареза [3]. Если слепая кишка наполнена содержимым, то ее пальпация затруднена, что способствует более частым ошибкам в диагностике.

Positio praecaecalis (5% случаев) — отросток располагается впереди слепой кишки и хорошо доступен исследованию [3].

Зависимость клинических проявлений острого аппендицита от локализации червеобразного отростка обсуждается в приведенном наблюдении.

Описание клинического наблюдения

Пациент, 24 лет, поступил 28.08.2015 г. через 8 часов от начала заболевания с жалобами на схваткообразные боли в животе без отчетливой локализации, тошноту, трехкратную рвоту. Боли настолько сильные, что он стремился принять вынужденное положение — на коленях, опираясь руками на кушетку. Аналогичные боли, сопровождающиеся однократной рвотой, были

около года назад. Прошли самостоятельно. Заболевание связывает с обильным приемом пищи. При поступлении состояние средней степени тяжести. Кожа бледно-розовая, чистая. Дыхание везикулярное, проводится симметрично по всему легочному полю, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 72 удара в минуту, артериальное давление 130/70 мм рт.ст. Температура в подмышечной впадине 36,8°C.

Язык влажный, обложен серым налетом. Осмотр пациента лежа на спине стал возможен после назначения ненаркотических анальгетиков и спазмолитиков. Брюшная стенка правильной формы, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкая, умеренно болезненная в мезогастррии и подвздошных областях. Симптомов раздражения брюшины нет. Перистальтика выслушивается, в гипогастрии — «шум плеска». *Per rectum*: тонус сфинктеров в норме, стенки прямой кишки гладкие, безболезненные. На перчатке кал коричневого цвета. В общем анализе крови обнаружено повышение числа лейкоцитов до 12×10^9 , палочкоядерных нейтрофилов — 6%.

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости выявило в левой половине живота умеренно дилатированные, активно перистальтирующие петли тонкой кишки с жидким содержимым в просвете. Среди кишечных петель неотчетливо определяется двухпросветное образование типа «кишка в кишке» (рис. 1), минимальное количество свободной жидкости в межпетлевых пространствах до 1-2 мм шириной.

Учитывая начало заболевания, связанное с обильным приемом пищи, схваткообразные боли в животе, многократную рвоту, данные ультразвукового исследования, заподозрена тонко-тонкокишечная инвагинация. Перорально дан водорастворимый контраст. Через 3 часа выполнена мультиспиральная компьютерная томография живота. Слева, в верхнем этаже брюшной полости определяется конгломерат неконтрастированных кишечных петель с признаками инвагинации — двухконтурным просветом (рис. 2).

С диагнозом «тонко-тонкокишечная инвагинация» пациент госпитализирован в хирургическое отделение. Предварительно выполнена фиброгастроскопия, при которой патологии не выявлено. После проведения манипуляции пациент почувствовал некоторое улучшение. Ситуация была расценена как дезинвагинация после инфуляции воздуха в тощую кишку во время исследования.

Через три часа после поступления боли в мезогастррии усилились. При этом живот оставался мягким, симптомов раздражения



Рис. 1. Сонограмма пациента К. (Aloka Prosound 7): двухконтурный просвет тонкой кишки («кишка в кишке»). 1 — стенка петли-инвагината; 2 — стенка наружной петли.



Рис. 2. Мультифазная компьютерная томограмма пациента: двухконтурный просвет (стрелка) не-контрастированной петли тонкой кишки («кишка в кишке»).

брюшины не было. Сохранялся «шум плеска». Пациенту назначена диагностическая видеолaparоскопия.

Под эндотрахеальным наркозом через пупочное кольцо введен 5-миллиметровый порт. Создан карбоксиперитонеум. Установлено два 5 мм троакара в правом подреберье и гипогастрии слева. При обзорной лапароскопии в малом тазу выявлен прозрачный выпот в небольшом количестве. Найден дуоденоюнональный переход. Умеренная дилатация тощей кишки. Осмотрена тонкая кишка до илеоцекального перехода — инвагината нет. Обнаружен червеобразный отросток, расположенный мезоцелиакально, параллельно одной из тонкокишечных петель, верхушкой кверху, S-образно изогнут, утолщен до 1,2 см с рыхлыми налетами фибрина. Порт

5 мм в гипогастрии заменен на 12,5-миллиметровый. Выполнена лапароскопическая аппендэктомия. Культи червеобразного отростка клипирована и пересечена аппаратом ligasure, брыжейка — только ligasure. Отросток длиной 8 см и 1,2 см в диаметре извлечен через 12,5-миллиметровый порт. Брюшная полость осушена. Гладкое течение послеоперационного периода.

Гистологическое заключение — флегмонозно-язвенный аппендицит.

Выписан на вторые сутки после операции.

Обсуждение

Приведенное наблюдение демонстрирует одну из многообразных «масок» острого аппендицита — «хамелеона брюшной полости» — и трудности клинической диагностики заболевания при мезоцелиакальной локализации червеобразного отростка. «Нетипичное» начало болезни, которую пациент связывал с обильным ужином, нетерпимые схваткообразные боли, многократная рвота, нехарактерное для острого аппендицита вынужденное положение, физикальные данные стали основанием для предварительного диагноза — острая кишечная непроходимость. Эта версия была подтверждена методами диагностического изображения (ультразвукового исследования, мультиспиральной компьютерной томографии) — тонкокишечная инвагинация. Ошибочное заключение очевидно связано с локализацией червеобразного отростка, его размерами (1,2 см в диаметре) и выраженными воспалительными изменениями. Исчерпывающим методом диагностики и лечения оказалась видеолaparоскопия.

Заключение

В заключение уместно привести слова М. Schein: «Какой бы ни была клиническая картина, какими бы ни были абдоминальные проявления, всегда держите в уме острый аппендицит» [1].

ЛИТЕРАТУРА

1. Schein M, Rogers PN, Leppaniemi A, Rosin D, Efron JE. Schein's Common Sense Emergency Abdominal Surgery. 4th ed. Harley, UK: TFM Publishing Ltd; 2015. 772 p.
2. Кригер АГ, Федоров АВ, Воскресенский ПК, Дронов АФ. Острый аппендицит. Москва, РФ: Медпрактика-М; 2002. 244 с.
3. Тошовский В. Аппендицит у детей: монография. Москва, РФ: Медицина; 1988. 208 с.
4. Пронин ВА, Бойко ВВ. Патология червеобразного отростка и аппендэктомия. Харьков, Украина: СИМ; 2007. 271 с.
5. Астафьев ВИ, Григорьев ЕГ, Сандаков ПИ,

Агрызков АЛ, Вениаминов ЛК. Кишечные свищи после аппендэктомии. *Вестн Хирургии им ИИ Грекова*. 1988;119(7):122-25.

6. Григорьев ЕГ, Шумов АВ, Сандаков ПИ, Вениаминов ЛК. Плановые релапаротомии при аппендикулярном перитоните у детей. *Хирургия Журн им НИ Пирогова*. 1989;(11):20-23.

7. Ротков ИЛ. Диагностические и тактические ошибки при остром аппендиците. Москва, РФ: Медицина; 1980. 208 с.

REFERENCES

1. Schein M, Rogers PN, Leppaniemi A, Rosin D, Efron JE. Schein's Common Sense Emergency Abdominal Surgery. 4th ed. Harley, UK: TFM Publishing Ltd; 2015. 772 p.

2. Kriger AG, Fedorov AV, Voskresenskii PK, Dronov AF. Ostryi appenditsit [Acute appendicitis]. Moscow, RF: Medpraktika-M; 2002. 244 p.

Адрес для корреспонденции

664049, Российская Федерация,
г. Иркутск, мкр. Юбилейный, д. 100, а/я 15,
ФГБНУ «Иркутский научный центр хирургии
и травматологии»,
тел. раб.: +7 (3952) 40-78-09,
e-mail: egg@iokb.ru,
Григорьев Евгений Георгиевич

Сведения об авторах

Панасюк А.И., врач-хирург отделения экстренной хирургии ГБУЗ «Иркутская областная клиническая больница».

Григорьев Е.Г., чл.-корр. РАН, д.м.н., профессор, научный руководитель ФГБНУ «Иркутский научный центр хирургии и травматологии», заведующий кафедрой госпитальной хирургии ГБОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет».

Информация о статье

Поступила 8 июня 2016 г.

Принята в печать 12 сентября 2016 г.

Доступна на сайте 28 марта 2017 г.

3. Toshovskii V. Appenditsit u detei [Appendicitis in children]: monografiia. Moscow, RF: Meditsina, 1988. 208 p.

4. Pronin VA, Boiko VV. Patologiya cherveobraznogo otrostka i appendektomiia [The pathology of the appendix and appendectomy]. Khar'kov, Ukraina: SIM; 2007. 271 p.

5. Astaf'ev VI, Grigor'ev EG, Sandakov PI, Agryz'kov AL, Veniaminov LK. Kishechnye svishchi posle appendektomii [Intestinal fistula after appendectomy]. *Vestn Khirurgii im II Grekova*. 1988;119(7):122-25.

6. Grigor'ev EG, Shumov AV, Sandakov PI, Veniaminov LK. Planovye relaparotomii pri appendikuliarnom peritonite u detei [Planned relaparotomy in appendicular peritonitis in children]. *Khirurgiia Zhurn im NI Pirogova*. 1989;(11):20-23.

7. Rotkov IL. Diagnosticheskie i takticheskie oshibki pri ostrom appenditsite [Diagnostic and tactical errors in acute appendicitis]. Moscow, RF: Meditsina; 1980. 208 p.

Address for correspondence

664049, Russian Federation,
Irkutsk, Yubileyniy, 100, a /b 15,
FGBNU «Irkutsk Scientific Center
of Surgery and Traumatology»,
Tel.: 7 (3952) 40-78-09,
e-mail: egg@iokb.ru,
Evgeniy G. Grigoryev

Information about the authors

Panasyuk A.I. Surgeon of emergency department, SBME «Irkutsk Regional Clinical Hospital».

Grigoryev E.G. Corresponding member of RAS, MD, Professor, Scientific Supervisor, FSBSE «Irkutsk Scientific Center of Surgery and Traumatology», Head of department of hospital surgery, SBEE HE «Irkutsk State Medical University».

Article history

Received 8 June 2016

Accepted 12 September 2016

Available online 28 March 2017